

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THESE

695

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Chahab RAHAVI

Né à Téhéran (Iran), le 8 Juillet 1909

Contribution à l'étude des Fistules Menstruelles

Président : M. P. MOCQUOT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N° _____

THESE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Chahab RAHAVI

Né à Téhéran (Iran), le 8 Juillet 1909

Contribution à l'étude des Fistules Menstruelles

Président : M. P. MOCQUOT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
Istin BESANÇON	Hydrologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathol. expérimentale
LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
LEVEUF	Pharmacologie.
MIL J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
MENEGAUX	Pathologie médicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie chirurgic.
MOULONGUET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Anat. pathologique.
PETTI-DUTAILLIS	Médecine légale.
PIEDELIEVRE	Obstétrique.
PORTES	Ophthalmologie.
RENARD	Physiologie.
RICHET	Chimie biologique.
SANNIÉ	Pathol. expérimentale
SENEQUE	Pathologie médicale.
TROISIÈRE	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Pathologie chirurgic.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

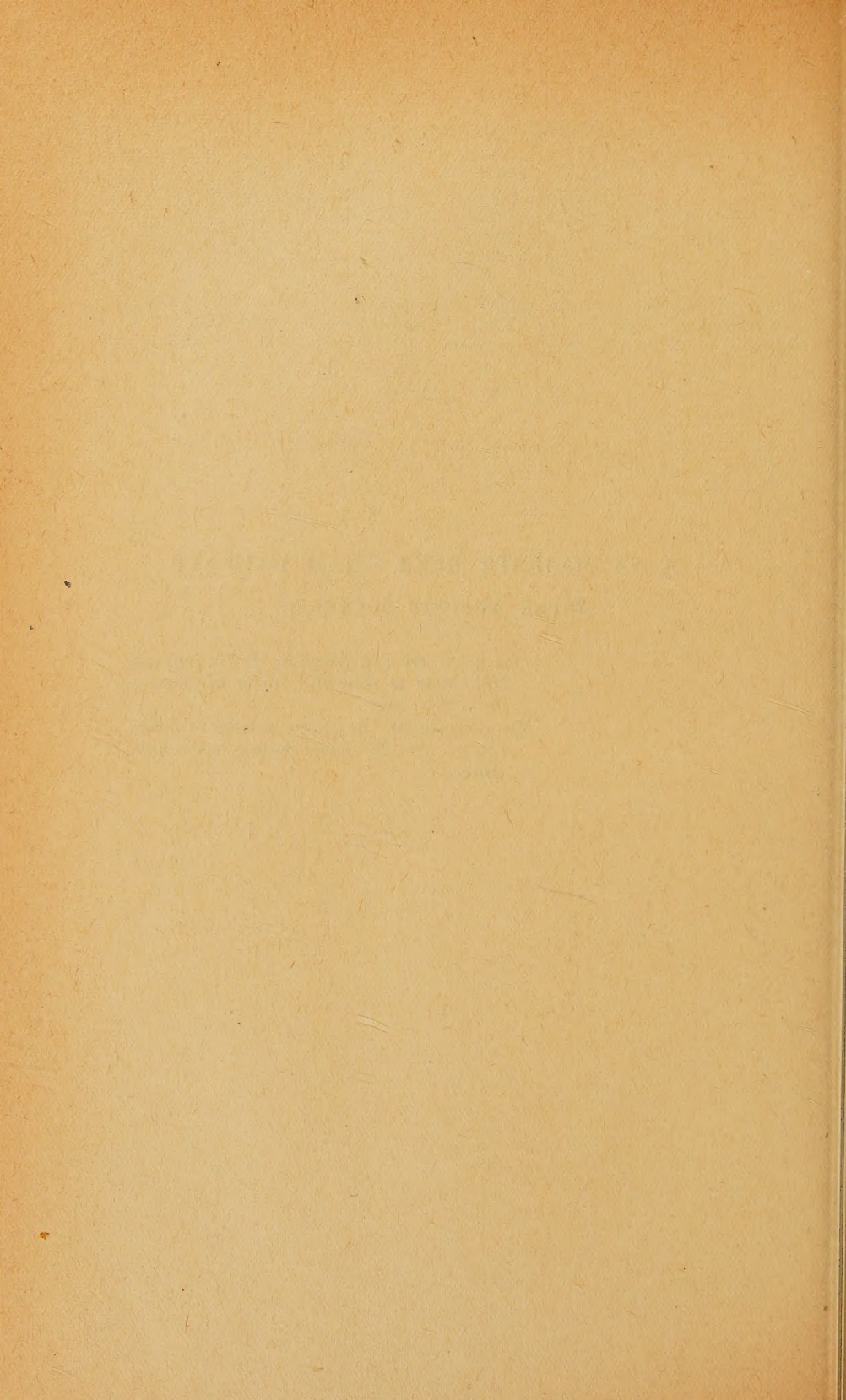
Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ REZA CHAH PAHLAVI

NOTRE AUGUSTE SOUVERAIN

*Qui a vu en l'instruction de la jeunesse
iranienne le tremplin de la rénovation
de notre pays.*

*En témoignage de notre profonde admi-
ration et de notre infinie reconnais-
sance.*



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A la veille de notre départ de la France,
qui a été pendant huit années le berceau
de notre formation médicale, il nous est
agréable d'adresser nos chaleureux remer-
ciements à tous les Français qui nous ont
aidé et qui nous ont facilité la tâche, tant
à l'Université qu'en dehors d'elle.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté
de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli à l'Hôpital Broca
avec une grande bienveillance et qui
nous a enseigné la gynécologie avec
maîtrise.*

*Hommage respectueux de notre parfaite
reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie à la Faculté
de Médecine de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et dont la sympathie et les conseils nous
ont utilement guidé.
Nos sincères remerciements.*

A M. LE DOCTEUR DOUAY

Ancien Chef des Travaux de Gynécologie

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

Externat

1934-35 M. LE PROFESSEUR GOSSET
Chirurgien des Hôpitaux

ET

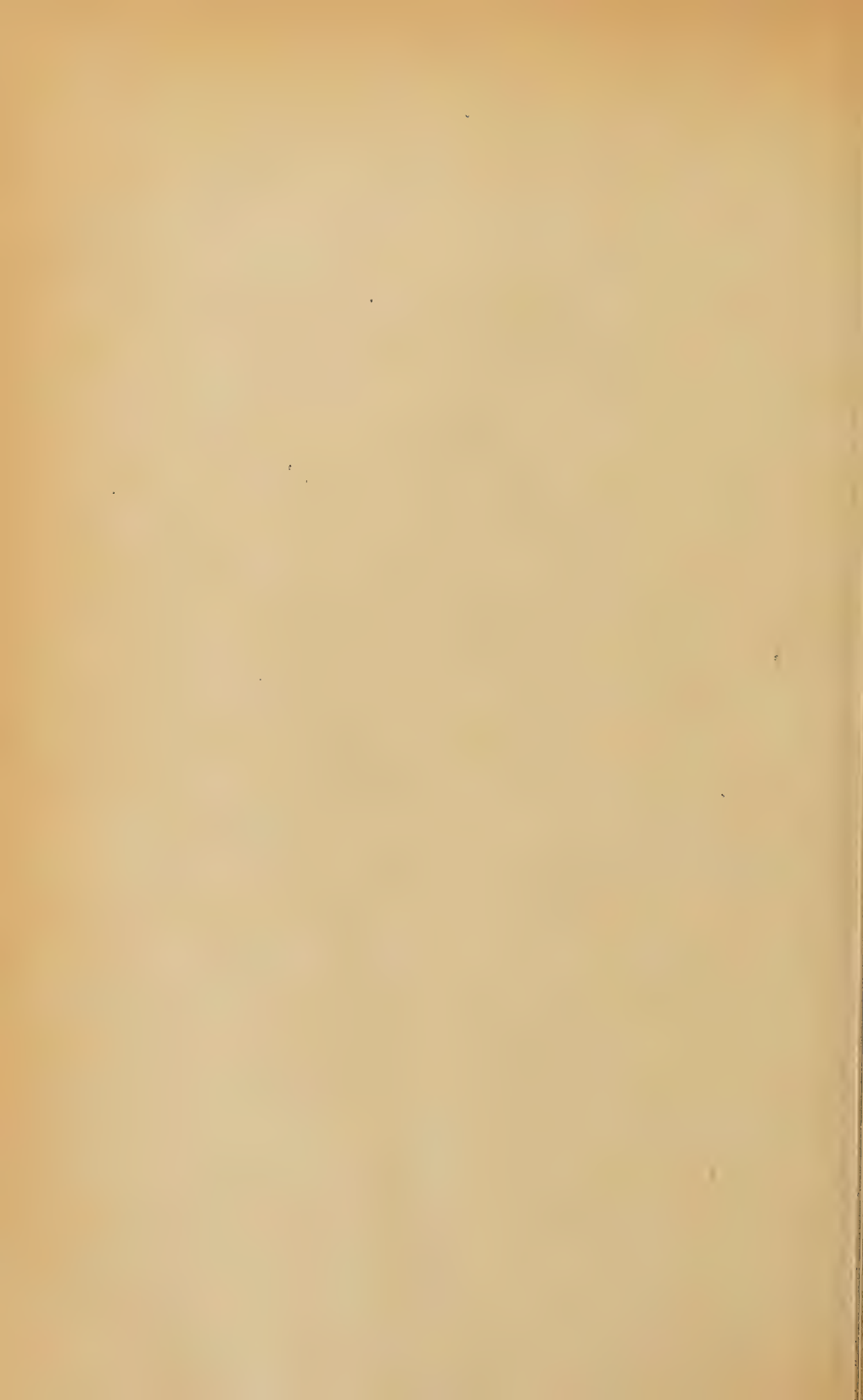
M. LE DOCTEUR PETIT-DUTAILLIS
Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

1935-36 M. LE DOCTEUR R.A. GUTMANN
Médecin des Hôpitaux

1936-37 M. LE PROFESSEUR MARION
Chirurgien des Hôpitaux

1938 M. LE PROFESSEUR P. MOCQUOT
Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR MOURE
Chirurgien des Hôpitaux



FISTULES MENSTRUELLES UTERO-TUBO-PARIÉTALES

DÉFINITION

La fistule menstruelle utéro-tubo-pariétale constitue une des variétés des fistules menstruelles. Elle siège, comme les autres fistules cataméniales, généralement sur la cicatrice d'une laparotomie et donne issue, à chaque menstruation, à une plus ou moins grande quantité de sang menstruel.

Elle a par contre, la particularité anatomique de mettre en communication la cavité utérine et la peau, non pas directement, mais par l'intermédiaire de la trompe, ou du moignon restant de la trompe après une salpingectomie.

Cette dénomination de fistule utéro-tubo-pariétale que nous préférons à d'autres terminologies créées pour cette variété de fistule, — fistule indirecte de Maliphant — présente deux avantages.

1) Elle décrit assez bien le trajet de la fistule. Celle-ci s'étend de la peau à la muqueuse de la trompe ou du moignon tubaire restant dans une corne utérine.

2) Elle laisse prévoir dans sa pathogénie, un

phénomène que nous croyons très important dans son déterminisme : le reflux utéro-tubaire.

Cette variété de fistule s'oppose à deux autres variantes que nous écartons du cadre de notre étude :

1) *Les fistules utéro-pariétales*, fistules directes de Maliphant, allant directement de l'utérus à la peau. Celles-ci surviennent généralement après une césarienne haute, quelquefois après une hystéropexie ou une hystérectomie fundique. Elles relèvent pour certains auteurs de l'infection d'origine utérine, pour d'autres d'adhérences utéro-pariétales. Une bonne technique chirurgicale, l'emploi de fils résorbables et surtout une bonne péritonisation mettent la malade à l'abri de cette complication. D'ailleurs, depuis la pratique de la césarienne basse, cette variété de fistule se voit de moins en moins.

2) Les fistules survenant sur un endométrio-me sous-cutané qui, au même titre que la muqueuse utérine, est le siège de modifications menstruelles périodiques. Les fistules endométriales constituent avec les endométrio-mes en général, un chapitre aussi spécial que nouveau dans la pathologie gynécologique. Elles méritent une étude d'ensemble et ne sont plus en rapport avec notre sujet.

Nous étudierons donc dans ce travail exclusivement les fistules utéro-tubo-pariétales (U. T. P.) qui sont les plus intéressantes comme nous le verrons plus loin.

HISTORIQUE

La fistule menstruelle utéro-tubo-pariétale est presque toujours post-opératoire et survient en particulier après les interventions sur les annexes.

Elle est née en effet avec l'ovariotomie, à la fin du siècle dernier, moment où Spencer Wells, avant l'ère pasteurienne, pratiqua pour la première fois cette opération sur une grande échelle. Sa fréquence même a suivi de près les améliorations apportées à la technique de cette intervention.

Spencer Wells traitait le pédicule par la méthode extra-péritonéale. Il fixait à la paroi le pédicule pris dans un clamp ou plus rarement lié. Un tiers de ses cas se compliquait de fistules menstruelles pour lesquelles d'ailleurs le promoteur de l'ovariotomie ne s'inquiétait guère. « Puis on a fait remarquer, dit-il, qu'après l'usage du clamp la plaie se rouvre tous les mois et qu'il s'en écoule une sorte de flux cataménial. Cela arrive en effet dans le tiers des cas à peu près, mais pourvu qu'on ait soin d'en avertir la malade, cette légère hémorragie n'a aucune importance. »

La méthode de Spencer Wells fut ensuite délaissée et remplacée par la méthode intra-péritonéale. Les cas de fistules menstruelles après ovariectomie diminuaient considérablement grâce surtout, à la notion de l'asepsie chirurgicale.

Mais d'autres interventions de pratique plus ré-

cente et actuellement de plus en plus utilisées, en particulier, les interventions conservatrices pour des lésions septiques des annexes, ont provoqué de temps à autre des fistules menstruelles.

Depuis le début de ce siècle, en effet, un certain nombre de cas de fistules ont été observés et de nombreuses publications ont été faites sur ce sujet. Mais ce n'est que dans ces dernières années que les fistules utéro-tubo-pariétales ont été distinguées des autres modalités.

Lebasteur en 1901 ne parlait que des fistules d'origine ovarienne et des fistules à point de départ épiploïque.

Nuville en 1910, Hureau en 1918, n'étudiaient que les fistules menstruelles survenant après les opérations césariennes.

Snoëck en 1926 rapportait 13 observations intéressantes sur les fistules menstruelles.

Masson et Simon publiaient en 1928, une série de 16 observations.

Ballin en 1928, a commencé par distinguer les fistules menstruelles en deux catégories :

1° Les fistules dues à la communication directe avec la muqueuse utéro-tubaire ;

2° Les fistules endométriales.

Cochard en 1933, et Malartic en 1935, ont adopté la même distinction.

Enfin, Maliphant en 1937, proposait de réserver le terme « fistule menstruelle » aux seules fistules

communiquant avec la muqueuse utéro-tubaire, éliminant ainsi les fistulés endométriales.

Cet auteur divise ensuite les fistules menstruelles en 2 groupes :

1° *Fistules utéro-pariétales* : qu'il appelle fistules directes ;

2° *Fistules utéro-tubo-pariétales* : qu'il appelle fistules indirectes.

On voit dans ce court exposé historique que des précisions importantes ont été apportées ces dernières années dans le domaine des fistules menstruelles, des distinctions essentielles ont été faites entre les différentes catégories de fistules ; la notion des endométiomes fistulisés a jeté une intéressante clarté sur un grand nombre de cas de fistules qui ne communiquent pas avec la muqueuse utéro-tubaire ; les fistules utéro-pariétales ont été étudiées amplement. Mais en ce qui concerne les fistules utéro-tubo-pariétales, de nombreux points restent encore à élucider :

1. — *Dans le domaine étiologique* : Les fistules sont-elles toujours inflammatoires ? Quel est le rôle de la tuberculose dans leur déterminisme ?

2. — *Au point de vue physiologique* : Quelle est l'origine du sang issu de la fistule ?

Epiploïque ? Cela a été invoqué.

Tubaire ? Que penser de la menstruation tubaire ?

Utérine ? Où en est la théorie du reflux utéro-tubaire ?

3. — Enfin, *au point de vue thérapeutique* : Comment traiter le moignon tubaire au cours d'une salpingectomie en vue de la prévention de cette complication ?

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail succinct, de résoudre ces importants problèmes. Mais en faisant une étude d'ensemble de tous les cas observés jusqu'ici, en rapportant de nouveaux cas dûs à l'obligeance de M. le Professeur Mocquot, dont un cas a été étudié à l'aide de l'hystéro-salpingographie par MM. Palmer et Pulsford, nous essayerons de répondre à quelques-unes de ces questions. Nous décrirons en particulier, la technique proposée par M. le Professeur Mocquot pour le traitement du moignon tubaire.

É T I O L O G I E

FRÉQUENCE.

Nous avons déjà vu qu'un tiers des ovariectomies de Spencer Wells se compliquait de fistules.

Actuellement, les cas de fistules menstruelles sont, à vrai dire, rares. D'après la statistique de Malpighant, il existe dans la littérature, en dehors des cas d'endométriome fistulisés, 70 cas de fistules menstruelles dont 30 fistules tubo-pariétales. Nos recherches nous ont permis de trouver de ces dernières 51 cas. Nous rapportons dans ce travail quatre autres cas.

CAUSES.

A. — *Les fistules utéro-tubo-pariétales* sont exceptionnellement spontanées. On n'en a cité que trois cas dans la littérature.

— Bouzol en 1884, rapportait un cas survenu à la suite de l'ouverture d'une grossesse tubaire à la peau.

— Deverre en 1920, avait vu une fistule apparaître à la suite de la rupture d'une large périmétri-salpingite suppurée dans la région ombilicale.

— Tortora et Sanvitale, ont signalé en 1930 l'apparition d'une fistule 16 ans après une laparotomie, donc on peut dire spontanée.

B. — Ces fistules font habituellement suite à une intervention sur le petit bassin.

1. Nous ne parlerons pas des fistules survenant après les interventions qui n'ont aucun rapport avec les annexes. Ce sont des fistules d'origine épiploïques ou endométriales dont on trouve le meilleur exemple dans le cas de Pétrignani rapporté par Jeanneney.

2. On a rapporté un certain nombre de cas, relativement assez fréquents de fistules utéro-tubo-pariétales vraies survenant après des interventions apparemment sans rapport direct avec les annexes.

— *Masson et Simon* ont rapporté dans leur série de 16 cas, 3 cas d'appendicite ou d'abcès appendiculaire et 5 cas d'abcès pelviens, opérés ou drainés suivis de fistule utéro-tubo-pariétale.

— *Ballin* en 1928, rapporte le cas de Shlink où l'ablation d'un ganglion de la région inguinale se compliqua de pyosalpinx et de fistule menstruelle.

— *Vila* en 1931 signale un cas d'appendicite opérée qui se complique de fistule utéro-tubo-pariétale.

— *Malartic* en 1935 rapporte aussi un nouveau cas de ce genre.

Chez une femme ayant eu un accouchement prématuré le 6 mai 1926, une appendicectomie le

22 mai 1926, se complique dans ses suites d'une fistule menstruelle.

— *Maliphant en 1937*, fait état d'un cas où l'incision d'un abcès de la région inguinale communiquant avec un abcès pelvien se complique d'une fistule.

Il est évident que, dans tous ces cas, la trompe a été lésée soit par l'infection du petit bassin, soit au cours de l'intervention.

Il est à noter aussi que la lésion de la trompe dans ces cas a toujours été infectieuse. Nous verrons plus loin l'importance de ce détail.

Ajoutons enfin que dans un certain nombre de cas, la tuberculose a été souvent en cause, sous forme soit d'appendicite tuberculeuse, soit d'abcès pelvien tuberculeux, soit enfin de salpingite tuberculeuse secondairement reconnue.

Nous reviendrons aussi sur ce point important plus loin.

3. Dans un troisième ordre de faits et ce sont les plus importants, les fistules surviennent à la suite d'intervention portant directement sur les annexes ; salpingectomie ou salpingoovariectomie.

a) Ces interventions faites pour des lésions aseptiques (kyste de l'ovaire ou gestation ectopique) se compliquent-elles de fistules menstruelles ?

Il ne nous semble pas. Car dans tous les cas rapportés jusqu'ici, où une telle intervention s'est

suivie de fistule, il y a eu d'une façon évidente, une infection secondaire.

Nous ne parlerons pas du cas de fistule de Snoëck survenue à la suite de l'ablation d'un kyste parovarien et où ce kyste était en voie de suppuration.

Le même auteur a rapporté un cas de fistule menstruelle suivant une salpingo-ovariectomie pour avortement tubaire. Entre l'intervention et l'apparition de la fistule, il y a eu une première période d'infection, d'abcès avec écoulement de pus fétide.

Masson et Simon ont vu une fistule apparaître après une salpingo-ovariectomie par G.E.U. rompue. A la réintervention il y avait une masse inflammatoire indiscutable.

Enfin Malartic a vu deux cas de fistules à la suite d'interventions pour gestation ectopique.

Dans un cas il y a eu élimination de fils de soie, et d'après l'auteur, une infection des fils, dans l'autre il n'est pas fait mention d'infection.

En somme, si les interventions pour lésions aseptiques des trompes se compliquent quelquefois de fistules menstruelles, c'est qu'il y a eu infection secondaire indiscutablement.

b) Il nous reste à étudier le groupe bien plus important de fistules survenues après des interventions pour lésions septiques des annexes.

Dans ce groupe les interventions pour salpin-

gite tuberculeuse tiennent sans aucun doute, une place prépondérante.

Des 13 cas de fistules de Snoëck, 7 ont eu pour cause une intervention pour lésions tuberculeuses de la trompe.

De même des 16 cas de Masson et Simon, 5 ont eu pour origine une salpingectomie pour annexe bacillaire et 2 une intervention pour péritonite tuberculeuse.

Un cas de Ballin était de même nature.

Jeanneney et Laporte ont vu apparaître une fistule menstruelle après la cure d'une hernie qui contenait un pyosalpinx tuberculeux. Il faut ajouter que dans ce cas, les auteurs avaient fixé la muqueuse de la trompe à la paroi, à la manière de Wells.

Malartic, Hamant et Escoubes, et Maliphant ont publié chacun un cas de fistule utéro-tubo-pariétale ayant suivi une salpingectomie pour lésions tuberculeuses.

Nous même rapportons deux cas nouveaux de cette même nature, l'un observé dans le service de M. le Professeur Mocquot, (obs. II), l'autre dû à l'obligeance de M. le Docteur Douay (Obs. III), soit en tout 21 cas.

D'après la statistique, que nous avons établie, sur 34 cas de fistules après salpingectomie, 21 cas ont eu pour origine une salpingectomie pour tuberculose annexielle ; soit 60 %.

Et si l'on considère la proportion, somme toute

peu élevée des salpingites tuberculeuses, par rapport aux autres inflammations de la trompe — 14 % pour Martin — on conçoit la place prépondérante de la bacilliose dans le déterminisme des fistules menstruelles.

Ajoutons à ces cas de salpingectomie pour tuberculose annexielle, tous les cas où la tuberculose s'est manifestée sous forme d'appendicite, d'abcès appendiculaire ou d'abcès pelvien et dont nous avons déjà fait mention, nous verrons que la part de la tuberculose s'accroît encore dans l'étiologie de ces fistules.

Est-ce à dire que la tuberculose est toujours en cause ? Certainement non ! Snoëck publiait en 1926, 5 cas de fistules après salpingectomie en dehors de toute atteinte tuberculeuse. Masson et Simon ont relevé dans leur série de 16 cas, quatre cas de salpingectomie pour lésions non tuberculeuses.

Malartic en 1935, rapporte un cas de salpingite kystique, un cas de salpingite aiguë non tuberculeuse et un cas d'annexite bilatérale également non tuberculeuse, toutes trois s'étaient compliquées de fistules menstruelles après la salpingectomie.

Wimpfheimer a rapporté plus récemment (1937) un cas de fistule apparue très tôt après une salpingectomie pour lésions non tuberculeuses (gonos ?).

Nous rapportons nous même dans ce travail un cas de fistule utéro-tubo-pariétale après une salpingectomie non tuberculeuse (Palmer et Pulsford). (Obs. I).

On voit donc que si la tuberculose tient une grande place dans l'étiologie des fistules menstruelles utéro-tubo-pariétales après salpingectomie, elle n'en est pas la seule cause, et relativement nombreux sont les cas où la fistule est apparue en l'absence de toute tuberculose.

En résumé, sur 55 cas :

- 3 cas de fistules spontanées.
- 12 cas suivant des interventions sans rapport direct avec les annexes mais les ayant lésé.
- 5 cas de salpingectomie pour lésions aseptiques des trompes mais avec infection secondaires.
- 21 cas de salpingectomie pour tuberculose.
- 14 cas de salpingectomie pour annexite non tuberculeuse.

Deux notions importantes se dégagent de cette étude étiologique.

1° L'existence d'un état infectieux à l'origine de la quasi totalité des cas de fistules.

2° La relative fréquence de la tuberculose.

SYMPTOMES

La symptomatologie des fistules menstruelles est très simple.

La cicatrice d'une laparotomie ne guérit pas complètement et laisse une fistule. Ou bien elle guérit après l'intervention, mais plus tard une fistule réapparaît. Le signe fondamental pathognomonique de cette affection est l'écoulement périodique du sang noir par la fistule coïncidant plus ou moins exactement avec l'écoulement vaginal des règles.

Ce seul symptôme résumerait tout le tableau clinique de cette singulière complication, n'y aurait-il :

1. à préciser un certain nombre de points intéressants qui nous serviront d'ailleurs dans la discussion physio-pathologique.

2. A différencier les fistules menstruelles des endométrïomes fistuleux.

1° Où siège la fistule ?

Toujours sur la cicatrice d'une incision de la paroi abdominale antérieure, soit à l'extrémité inférieure de l'incision d'une laparotomie médiane sous-ombilicale, soit à l'extrémité droite ou gauche d'une incision de Pfannenstiel, soit enfin à l'angle

d'une incision de Mac Burney ou inguinale. Ce n'est que dans les quelques cas exceptionnels de fistule utéro-tubo-pariétale spontanée qu'elle a pu siéger au voisinage de l'ombilic ou ailleurs.

2° *A quelle date apparaît la fistule par rapport à l'intervention ?*

Cela est très variable. Dans la plupart des cas elle apparaît précocement. La cicatrice de la laparotomie ne se ferme pas complètement, une fistule persiste et dès la première période menstruelle, la fistule est constituée. Tel est le cas de Wimpfheimer.

D'autres fois, elle est plus tardive et ne se constitue que deux, trois ou six mois après l'intervention.

Quelquefois, enfin, elle est beaucoup plus tardive. Malartic a vu dans un cas, la fistule apparaître 15 mois après l'intervention. Snoëck l'a vu 21 mois après dans une de ses observations.

Dans un de nos cas, 18 mois ont séparé l'intervention et l'apparition de la fistule.

3° *Quelle est la quantité de sang qui s'écoule par la fistule ?*

C'est également très variable. Dans certains cas tout se résume à quelques gouttes de sang auxquelles la malade n'attache aucune importance.

Dans d'autres cas, l'écoulement est plus impor-

tant. On a même vu tout le sang des règles passer par la fistule (Malartic).

L'abondance de l'écoulement dépend, d'après Masson et Simon :

1. de la grandeur de la fistule ;
2. de l'abondance de la menstruation ;
3. du degré de perméabilité du col utérin.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que, si au point de vue clinique la quantité de sang issue par la fistule n'a pas une grande importance, par contre, au point de vue physio-pathologique, on peut en tirer des conclusions utiles.

4° *Quelle est, au point de vue purement clinique, la part de l'infection dans cette maladie ?*

Nous avons vu qu'étiologiquement parlant, presque tous les cas de fistules utéro-tubo-pariétales ont à leur origine une infection soit primitive, soit secondaire post-opératoire.

En clinique, il en est autrement.

Certes, dans un certain nombre de cas, on a vu l'infection faire partie intégrante du tableau clinique: telle fistule est nettement purulente et donne issue pendant toute la période intermenstruelle à une plus ou moins grande quantité de pus ;

telle autre fistule présente au moment de la menstruation, une tuméfaction, un petit abcès qui s'ouvre en quelques jours et qui donne issue à du pus en même temps qu'à du sang menstruel.

Masson et Simon ont même relevé quelquefois un peu de malaise et une légère élévation thermique à cette occasion.

Mais telle n'est pas la règle. Un grand nombre de fistules se tarissent au contraire complètement entre les règles et aux époques donnent juste une quantité variable de sang noir, pur. Spencer Wells avait lui-même remarqué la bénignité de ces fistules menstruelles et le peu de gêne qu'elles apportent en général à la malade, quoiqu'il opérât avant l'ère pasteurienne.

Telles sont les quelques précisions que nous avons voulu apporter au tableau clinique des fistules utéro-tubo-pariétales. Nous ajouterons enfin que, dans certains cas, à la fistule menstruelle, s'associe une fistule stercorale ou urinaire. C'est ainsi qu'on peut voir les matières et les gaz passer par la fistule menstruelle ou bien les urines s'extérioriser par cette voie. On conçoit l'importance d'une telle association au point de vue thérapeutique.

Bouzol en 1884, Puccioni en 1925, Ballin en 1928, Mesa en 1929 ont rapporté des cas de fistules menstruelles et stercorales associées.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que l'élément principal du diagnostic d'une fistule menstruelle est l'écoulement du sang noir par cette fistule en même temps que par les voies génitales naturelles.

Y a-t-il une erreur possible avec d'autres affections ?

Masson et Simon en 1928, Maliphant en 1937 ont signalé qu'une fistule simple tapissée de tissus granuleux peut saigner et même présenter au moment des règles une recrudescence due à la congestion menstruelle.

Mais le sang de cette provenance est rouge clair. La coïncidence avec les règles n'est pas constante. D'ailleurs, ce fait est exceptionnel.

En réalité le seul diagnostic qui peut se poser avec une fistule utéro-tubo-pariétale, c'est l'endométriome sous-cutané. C'est cette portion de muqueuse utérine aberrante, transplantée sous la peau incidemment et organisée, qui, se rappelant tous les mois son rôle dans la menstruation, saigne, se fistulise et extériorise quelques gouttes de sang noir.

L'endométriome sous-cutané apparaît, en effet, lui aussi sur la cicatrice d'une laparotomie. A chaque période menstruelle un gonflement apparaît, se

fistulise et tout se passe comme dans une fistule utéro-tubo-pariétale.

Mais il existe, d'une part cliniquement, d'autre part, aux examens complémentaires, des éléments nets de différenciation.

1° *Cliniquement.* — L'endométriome présente chaque mois une tuméfaction assez marquée, perceptible au palper, et presque toujours sensible sinon douloureuse. La quantité de sang issue de la fistule endométriale est toujours minime ; il s'agit plus d'un suintement que d'un écoulement de sang. En tout cas l'écoulement n'atteint jamais l'abondance que peut avoir dans certains cas celui des fistules utéro-tubo-pariétales.

En réalité, le diagnostic ne peut être posé avec certitude que par :

2° *Les épreuves complémentaires :*

- a) Cathétérisme,
- b) Injections de liquides colorés,
- c) Hystérographie.

a) *Cathétérisme.* — Masson et Simon ont proposé comme moyen de diagnostic d'une fistule utéro-tubo-pariétale le bruit métallique produit par le contact de deux stylets introduits l'un dans la fistule, l'autre dans l'utérus par la voie cervicale.

On conçoit facilement que dans une fistule qui est habituellement très étroite et souvent tortueuse, comme nous verrons plus loin, ce moyen n'est guère utilisable.

Il est aussi proposé d'introduire dans la fistule une sonde filiforme et de la voir sortir par le col.

Nous ne croyons pas pouvoir baser le diagnostic entre la fistule utéro-tubo-pariétale et la fistule endométriale sur ce moyen d'exploration.

Un meilleur moyen, croyons-nous, est :

b) *L'injection de liquides colorés.*

On peut injecter le liquide dans la fistule et le voir sortir par le col ou faire l'inverse.

Ce moyen excellent pour éliminer la fistule endométriale ne permet cependant pas de préciser l'origine exacte de la fistule et d'éliminer, dans les cas où ce diagnostic peut se poser, la fistule utéro-pariétale.

c) *L'hystérographie* a été enfin pratiquée dans les cas de fistule menstruelle par Wimpfheimer en 1937 et MM. Palmer et Pulsford dans le service de M. le Professeur Mocquot en 1938.

Cette méthode qu'ont préconisée aussi Masson et Simon en 1928 et Maliphant en 1937, est, croyons-nous, le meilleur moyen de diagnostic, car :

1) elle n'a aucun inconvénient,

2) elle permet de poser avec certitude le diagnostic de fistule menstruelle et d'éliminer la fistule endométriale,

3) elle met en évidence l'origine exacte et le trajet de la fistule, autrement dit, elle donne des renseignements précieux pour le choix du traitement.

Dans la fistule utéro-tubo-pariétale, on peut voir, au cours de l'injection, une goutte d'huile iodée suinter par la fistule.

Mais ce qui est caractéristique, c'est l'image radiographique. On voit sur le cliché un trajet fili-forme prendre naissance dans une corne utérine, ou dans une trompe, se diriger en dehors et en avant, présenter quelques sinuosités et s'aboucher à la peau (fig. 8).

Il est évident que dans la fistule endométriale, qui n'a aucune communication avec la cavité utérine et tubaire, rien de tel ne se produit.

Cependant, même cette méthode n'est pas infaillible, car Ballin a remarqué dans un cas, l'association des deux ordres de fistules.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous avons vu que la fistule utéro-tubo-pariétale peut être réduite à l'émission de quelques gouttes de sang au moment des règles, qu'elle peut au contraire saigner plus abondamment, ou enfin être infectée, purulente et donner lieu à des troubles plus importants.

Quoi qu'il en soit, il nous est permis de croire que si souvent elle ne présente aucune gravité spéciale, que si elle ne présente jamais une complication sérieuse, elle n'a par contre aucune tendance à la disparition spontanée. Elle dure en général des années, si elle n'est pas traitée.

Certes, Spencer Wells n'attachait, nous l'avons déjà vu, aucune importance aux fistules qui compliquaient ses ovariectomies. Cet auteur soutenait même « qu'en général la trompe de Fallope s'oblitérait complètement au bout de quelques mois et que l'écoulement s'arrêtait ». Mais nous savons que Wells n'intervenait que pour des kystes de l'ovaire, c'est-à-dire des lésions aseptiques et que l'infection qui provoquait la fistule était toujours secondaire, post-opératoire.

Dans nos cas, au contraire, la plupart des fistules apparaissent, nous l'avons vu, après des inter-

ventions pour lésions septiques des trompes ou du bassin, lésions qui n'ont aucune tendance à la guérison spontanée, d'où la différence de pronostic entre les cas de Spencer Wells et les fistules actuelles.

Peut-on attendre la guérison de ces fistules à la ménopause ?

Dans les cas de femmes âgées, à l'approche de la ménopause peut-être peut-on arriver à ce résultat. Mais, étant donné que la majorité des cas de fistules survient chez des femmes jeunes, on conçoit que cette attente n'est pas justiciable.

D'ailleurs, l'étude d'ensemble que nous avons faite sur tous les cas observés jusqu'ici nous a montré que dans presque tous, une réintervention a été nécessaire.

Certains cas même ont exigé une hystérectomie, ce qui rend naturellement le pronostic des fistules menstruelles encore moins favorable.

Nous n'insisterons pas sur la gravité évidente des fistules menstruelles associées à une fistule stercorale ou urinaire.

P A T H O G É N I E

Nous avons vu dans l'étude étiologique des fistules menstruelles, qu'indiscutablement une infection est nécessaire à leur formation. Cette infection peut être primitive (salpingienne ou pelvienne) ou secondaire (post-opératoire).

Nous avons vu que si souvent cette infection est tuberculeuse, d'autres fois la bacillose n'est nullement en jeu.

Nous avons vu enfin, qu'en clinique cette infection peut ne pas être évidente, mais qu'elle n'en existe pas moins dans l'étiologie de la fistule.

Ces données tirées de l'étude d'un certain nombre de cas de fistules menstruelles, sont, on le voit, applicables à toutes les fistules de l'organisme, quel qu'en soit le siège.

On peut donc considérer dans les fistules menstruelles deux phénomènes absolument distincts mais superposés :

1° La formation d'une fistule d'origine infectieuse, que nous étudierons dans ce chapitre.

2° L'écoulement sanguin par une fistule qui est située sur un organe saignant périodiquement, que nous étudierons dans le chapitre « physio-pathologie ».

Dès lors, la fistule menstruelle ne constitue plus, à notre sens, une entité morbide, une affection spéciale, mais une fistule infectieuse comme les autres, avec cette particularité, qu'il s'y ajoute périodiquement le phénomène de l'écoulement sanguin dû à la menstruation.

Nous n'en prendrons pour preuve que les nombreux cas de fistules où le trajet persiste purulent pendant toute la période intermenstruelle, et où ce n'est qu'au moment des règles que quelques gouttes de sang viennent leur donner l'étiquette de fistules menstruelles.

La pathogénie de ces fistules est simple, comme celle d'ailleurs de toutes les fistules infectieuses.

S'agit-il d'une trompe en place, mais infectée (pyosalpinx tuberculeux ou non tuberculeux, abcès pelvien génital ou appendiculaire), des adhérences vont accoler cette trompe à la paroi. Pour peu qu'une incision ait préparé le trajet de la fistule, on comprend facilement sa formation.

S'agit-il au contraire, d'une salpingectomie pour lésions septiques, par la méthode habituelle, c'est-à-dire ligature et section de l'extrémité utérine de la trompe, il est évident qu'on laisse en place la muqueuse infectée de la portion interstitielle de cet organe, source de complications plus ou moins graves, dont une qui nous intéresse : le trajet fistuleux tubo-pariétal.

S'agit-il enfin d'une salpingectomie pour lé-

sions aseptiques de la trompe ou de l'ovaire, mais que le moignon s'infecte secondairement, le mécanisme est le même. Adhérences de ce moignon à la paroi là où celle-ci est affaiblie par l'incision et formation d'une fistule.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

ÉCOULEMENT DU SANG PAR LES FISTULES MENSTRUELLES. SON ORIGINE

L'étude physio-pathologique des fistules menstruelles utéro-tubo-pariétales constitue le point le plus intéressant d'une affection qui, somme toute, est rare, de diagnostic facile, de pronostic plus ou moins bénin.

D'où provient le sang qui coule périodiquement par ces fistules ?

1° Provient-il de l'ovaire ou des restants d'ovaire, comme l'a soutenu Lebasteur ?

2° Est-il d'origine épiploïque, comme le prétendait le même auteur ?

3° Est-ce la trompe qui fournit ce sang suivant l'hypothèse de la menstruation tubaire ?

4° Ou bien est-ce de l'utérus que vient ce sang, par le phénomène du reflux utéro-tubaire de Bernutz ?

I. — *Origine ovarienne.*

L'origine ovarienne du sang était soutenue par Lebasteur en 1901, en ces termes :

« Le moignon ovarique au moment des règles se congestionne et saigne. Le flux hémorragique n'ayant plus de conduit pour gagner l'utérus et le vagin, puisque la trompe a été enlevée ou tout au moins obstruée, s'écoule en dehors. Les adhérences de la cicatrice lui fournissent un passage. »

Nous savons actuellement, que le trajet fistuleux s'étend non pas du moignon ovarique mais du moignon tubaire à la peau. D'ailleurs, ce prétendu flux menstruel venant de l'ovaire pour gagner l'utérus et le vagin n'est plus admis aujourd'hui.

Peut-être le moignon ovarique, si un peu d'ovaire est laissé en place à l'intervention, se congestionne-t-il pendant la menstruation, au même titre que tout le reste du tractus génital, peut-être même saigne-t-il quelquefois, mais de là à fournir tout le sang des fistules menstruelles, nous n'y croyons guère.

II. — *Origine épiploïque.*

De même l'origine épiploïque du sang des fistules ne peut plus être soutenue. Ce que Lebasteur prenait pour congestion épiploïque est reconnu ultérieurement être un endométrisme. Nous n'y reviendrons plus.

III ET IV. — *Origine tubaire ou utérine.*

Il nous reste à discuter l'origine tubaire ou utérine de l'hémorragie. Nous abordons là un sujet qui a provoqué les plus passionnants débats depuis

plusieurs années. Nous touchons là un problème qui, il faut l'avouer, est bien difficile à résoudre. La trompe utérine ne se prête pas à l'expérimentation. « Tout est dans le domaine de l'hypothèse », dit à ce propos M. le Professeur Mocquot.

En 1848, Bernutz ignorant tout de la grossesse extra-utérine, émettait la théorie du reflux utéro-tubaire pour expliquer les hématoécèles rétro-utérines. Alphonse Guérin le soutenait, tandis que Richet, Gaillard et Guérin l'attaquaient avec passion.

Dix ans plus tard, Trousseau, partisan de la menstruation tubaire et ampullaire, combattait les idées de Bernutz.

La notion de la grossesse extra-utérine et de ses accidents hémorragiques mit un terme à ces discussions.

Mais un renouveau de débats s'est révélé depuis que nombre de chirurgiens ont remarqué, au cours de la laparotomie chez des femmes non loin de leurs règles, du sang dans le péritoine ou du sang distillé par l'orifice ampullaire de la trompe.

Enfin, depuis 1925, le problème du reflux a pris un intérêt particulier à la suite de la théorie migratoire de Sampson sur l'endométriase.

Nous étudions aujourd'hui l'écoulement du sang menstruel non plus dans le péritoine, mais par une fistule cutanée. Nous avons pensé qu'il serait utile de reprendre cette question à ce propos. En nous servant de cette voie de dérivation du sang menstruel qui se prête mieux à l'observation clinique

(étiologie, abondance) qu'un hémopéritoine, en nous servant aussi des résultats des examens complémentaires effectués à ce propos — hystérosalpingographie et insufflation tubaire — nous pourrions peut-être apporter quelques nouveaux arguments en faveur de l'origine utérine, non seulement du sang des fistules menstruelles, mais aussi des hémopéritoines menstruels.

Pour plus de clarté, nous étudierons d'abord la menstruation tubaire avec les principaux arguments apportés par les différents auteurs pour ou contre cette théorie. Nous aborderons ensuite le problème du reflux utéro-tubaire.

Nous ajouterons, chemin faisant, les arguments qui nous sont imposés par l'observation des fistules menstruelles et les résultats des examens complémentaires.

MENSTRUATION TUBAIRE

Trousseau, en 1858, défendait l'origine muqueuse du sang de l'hématocèle et incriminait aussi bien la muqueuse tubaire et infundibulaire que la muqueuse utérine. Il admettait donc, sans preuve d'ailleurs, la menstruation tubaire.

Chapin Ménard, en 1888, apportait une singulière observation en faveur de l'origine tubaire du sang. Dans un cas d'inversion utérine, au moment

des règles, le sang coulait par l'ostium utérinum, pendant que les parois utérines restaient sèches.

Bond, en 1898, expliquait l'existence des sécrétions menstruelles dans la trompe par la menstruation tubaire : « La sécrétion sanguinolente apparaît dans la trompe en même temps, même avant celle de l'utérus. »

J. Cahen a vu à la période menstruelle, les petites artérioles des franges tubaires dilatées. Lors de la période menstruelle, les vaisseaux ont acquis un volume considérable, les capillaires sont gorgés de sang et leurs parois sont par place effondrées, donnant issue à un infiltrat de globules rouges.

Connant, cité par Regard, a vu un hydrosalpinx se transformer en hématosalpinx au moment des règles.

Chez une femme à qui Schröder avait marsupialisé une poche ovulaire, Hofmeier a observé un flux menstruel.

La plupart de ces faits pour exacts qu'ils soient ne prouvent qu'une chose. C'est que la trompe, comme d'ailleurs tout le reste de la sphère génitale, présente des modifications congestives plus ou moins importantes au moment des règles. Mais ces modifications ne sont pas suffisantes pour donner lieu à une hémorragie pas plus par la fistule que dans le péritoine.

Dans un cas de fistule menstruelle, Malartic a vu tout le sang des règles passer par la fistule. Dans d'autres cas de fistules, nous savons qu'il ne reste

de la muqueuse tubaire qu'une portion minime (portion interstitielle laissée après salpingectomie). Comment cette portion de muqueuse ou même la muqueuse de la trompe entière peut-elle fournir la quantité de sang suffisante pour s'extérioriser par la fistule et avoir quelquefois une abondance relativement considérable ?

Nous savons qu'il existe sur la trompe des fistules simples, non menstruelles. Pourquoi ne le seraient-elles pas si la muqueuse tubaire prenait part à la menstruation. De même toutes les femmes à annexes saines avec pavillon perméable auraient une hémorragie intra-péritonéale tous les mois, si la menstruation tubaire existait (Baumann).

En somme, l'origine du sang des fistules menstruelles, n'est très probablement pas tubaire, pas plus que celle des hémopéritoïnes menstruelles.

Dans les cas où la muqueuse tubaire présente une hémorragie certaine, peut-être des examens histologiques plus systématiques montreraient un fond endométrioidé (Baumann).

REFLUX SANGUIN UTÉRO-TUBAIRE

Le sang des fistules menstruelles utéro-tubaires, ainsi d'ailleurs que le sang de certaines hémopéritoïnes, ne peut donc provenir que de l'utérus par le phénomène du reflux utéro-tubaire.

Cette théorie est vieille de 90 ans. En 1848 déjà, Bernutz expliquait la formation de certaines hématoécèles par le phénomène du reflux. Mais beaucoup d'auteurs attaquèrent sa théorie avec passion. Trousseau, en 1858, s'élevait contre elle en disant : « Comment admettre avant tout que le sang trouvera un passage à travers un conduit excessivement étroit comme l'est la trompe et que le moindre caillot pourra de suite oblitérer ? »

Bond, en 1898, niait aussi la possibilité du reflux : « L'expérience sur les animaux, dit-il, ne montre pas de reflux. » « En présence d'un hymen imperforé, il n'y a pas souvent reflux, mais hématométrie en général ».

Il est généralement connu, en effet, que dans les cas d'une imperforation ou d'atrésie génitale, la distension par l'hématome menstruel se fait de bas en haut, et la rétention dépasse rarement le stade d'hématométrie. Mais nous verrons plus loin que le phénomène du reflux dépend moins de l'état de

l'hymen, du vagin et du col, que de l'état du sphincter tubaire. Fordyce n'a-t-il pas vu une atrésie génitale avec du sang dans le péritoine, phénomène qu'il explique par l'incontinence tubaire ? Griffith n'a-t-il pas vu, lui aussi, une hématométrie avec du sang dans les deux trompes ?

Avant d'aborder la discussion sur la possibilité du reflux à l'état pathologique, il nous faut envisager d'abord un premier problème : A l'état normal de l'appareil génital, peut-il y avoir un reflux menstruel ?

REFLUX PHYSIOLOGIQUE

Certains auteurs ont soutenu que pendant la menstruation, la muqueuse tubaire s'œdématie et oblitère la lumière du conduit (Douay). Mais tout le monde n'admet pas ce phénomène.

Dyroff a constaté que pendant les règles les trompes restent perméables.

Cl. Beclère ayant examiné des femmes juste avant et juste après les règles, a constaté aussi la perméabilité normale des trompes.

De même, le Docteur Palmer a, par l'insufflation faite dans les trois jours précédant les règles, presque toujours trouvé les trompes perméables à un niveau assez voisin de celui trouvé dans la semaine post-menstruelle (60 à 100 mm. de Hg). Peut-

être la contractilité utéro-tubaire était-elle seulement plus vive (oscillations aiguës et hautes).

D'autres auteurs conçoivent la fermeture de l'ostium uterinum pendant la menstruation par un autre moyen.

Schneider et Eisler, Arnstamm et Reinberg ont décrit autour de l'orifice utérin de la trompe, un véritable sphincter.

Cotte se prononce de cette façon : « Certaines images obtenues par la radiographie de la cavité utérine par Schneider et Eisler et que j'ai personnellement retrouvées bien des fois, tendent à montrer qu'il existe un véritable sphincter au niveau de l'ostium uterinum. »

Kok, dans une étude sur la migration de l'œuf dans la trompe, arrive à la même conclusion : « l'œuf, au cours de sa migration dans la trompe, traverse très rapidement la région ampullaire, mais s'arrête plusieurs jours dans la portion isthmique. Pendant les 3 ou 4 jours qui suivent l'ovulation, l'isthme présente un état de *contracture* avec ralentissement notable de ses contractions qui est certainement sous la dépendance des hormones ovariennes. Bientôt après, le spasme se relâche et l'œuf est chassé dans l'utérus par de fortes contractions. »

Maliphant est aussi partisan de l'existence du sphincter : « La radiographie a actuellement montré que ce qui empêche le libre passage du liquide de l'utérus dans la trompe est le sphincter de l'orifice utérin de celle-ci. »

Sur de nombreux clichés d'H.S.G. au lipiodol fluide, réalisés dans le service de M. le Professeur Mocquot, par M. le Docteur Palmer, on constate également, lors du remplissage tubaire, à l'origine de la trompe une image analogue à celle du bulbe duodéal, avec du côté utérin, *une sorte de diaphragme*, du côté tubaire, un effilement progressif, mais il n'existe aucune preuve précise de la nature musculaire sphinctérienne de ce rétrécissement diaphragmatique.

Le Docteur Palmer pense qu'il est impossible actuellement de dire si les « contractions tubaires » qu'on enregistre au cours de l'insufflation, sont dues exclusivement à la trompe (portions isthmique et interstitielle surtout) ou aussi à l'utérus ou à un appareil sphinctérien péritubaire.

Aussi, en parlant dorénavant de « sphincter tubaire », nous voulons seulement entendre l'appareil musculaire qui empêche le passage tubaire, sans préjuger de sa nature anatomique précise.

Comment ce sphincter fonctionne-t-il ?

Certains pensent à une action nerveuse. Maliphant croit à la possibilité du relâchement du sphincter par la section du ligament infundibulo-pelvien, donc des nerfs de la trompe.

D'autres pensent à une action hormonale. Nous venons de voir dans l'étude de Kok, que cet auteur pense à l'action des hormones dans la sédation du spasme du sphincter.

D'après certains auteurs enfin, au moment des

contractions utérines, le sphincter se ferme et empêche tout passage de sang de l'utérus dans la trompe.

Heuser, en 1924, notait que quand la corne utérine est en contraction, le sphincter utéro-tubaire est fermé.

« C'est pourquoi, disait-il, en cas d'hémorragie utérine le sang n'entre pas plus souvent dans la cavité péritonéale. »

Maliphant, en 1937, s'exprime dans le même sens :

« Quand on injecte de l'air ou du liquide, dit-il, dans la cavité utérine, les portions isthmiques et interstitielles de la trompe se contractent, empêchant donc tout passage par l'orifice utérin, et ce spasme, a quelquefois conduit à l'erreur de l'obstruction tubaire. »

Que la fermeture du sphincter soit mécanique, nerveuse ou hormonale, nous ne pouvons le dire actuellement. Mais ce qui paraît certain c'est qu'il existe un sphincter tubaire fonctionnant synergiquement avec l'utérus, empêchant tout reflux sanguin à l'état normal.

D'ailleurs, en pratique, le fait qu'une femme saine ne présente au moment de ses règles aucun phénomène péritonéal permet de supposer qu'à l'état normal, il n'y a pas de reflux utéro-tubaire.

Il est évident que nous ne considérons pas comme « femme saine » celles qui présentent soit des phénomènes de molimen, soit une dysménor-

rhée plus ou moins marquée, soit des phénomènes pouvant être péritonéaux, tels que nausées, vomissements et qui sont néanmoins considérées comme normales parce que l'examen clinique ne montre rien.

Il est possible que si l'exploration tubaire pendant les règles était faisable, on trouverait la trompe de certaines d'entre elles déficiente.

Il est possible aussi que si même en dehors des règles, les trompes de ces malades étaient systématiquement explorées, on y trouverait peut-être des affections latentes expliquant cette déficience.

Nous reviendrons par ailleurs sur ces salpingites latentes sur l'existence desquelles de nombreux cliniciens ont déjà insisté.

En somme, à l'état normal de l'utérus, de la trompe et surtout du sphincter, il n'y a probablement pas de reflux sanguin utéro-tubaire, au moment des règles.

Le reflux est, croyons-nous, avec M. le Professeur Mocquot, un phénomène pathologique.

Il est certain que ces hypothèses ne peuvent être démontrées d'une façon certaine que par une vérification au moment des règles, par laparotomie ou peut-être par ponction du Douglas.

REFLUX PATHOLOGIQUE

Si c'est un sphincter physiologique qui met normalement obstacle au reflux, les circonstances

pathologiques suivantes doivent théoriquement rendre ce phénomène possible.

1° Une pression suffisante sur le sphincter qui, tout puissant qu'il soit, ne peut y résister indéfiniment ;

2° Une altération du système nerveux du sphincter ;

3° Une déficience hormonale ;

4° Une lésion locale du sphincter musculaire.

Nous étudierons successivement toutes ces possibilités et nous verrons si les données théoriques, cliniques et expérimentales concordent.

1. — *Reflux par pression sur le sphincter.* —
Ou reflux avec obstacle de certains auteurs.

Nous savons aujourd'hui pour ce qui concerne la période intermenstruelle, que les pressions expérimentales imprimées au sphincter tubaire par l'H. S. G. et l'ins. tubaire, avec les méthodes nouvelles, c'est-à-dire fermeture complète du col et mesure des pressions, ont montré les deux faits fondamentaux suivants :

a) Que le liquide ou le gaz arrivent à passer de l'utérus dans la trompe.

b) Qu'il faut normalement une certaine pression minima pour que le passage ait lieu, environ 5-10 cm. de mercure.

Cette pression est naturellement variable sui-

vant la date de l'expérience par rapport aux règles, c'est à-dire suivant l'état physiologique et hormonal des voies génitales et suivant les sujets.

Que se passerait-il si, au moment des règles, la même condition était réalisée, si une certaine pression était imprimée au sphincter tubaire. Les épreuves complémentaires ne peuvent nullement nous renseigner. Elles sont impossibles à pratiquer chez une femme qui a ses règles.

Mais la clinique nous fournit des observations intéressantes à ce sujet et des arguments assez probants pour nous faire une idée de la réaction du sphincter devant une pression pendant les règles.

En effet, l'atrésie vaginale, l'imperforation de l'hymen, la sténose cervicale ou les malformations corporéales qui se suivent d'hématométrie ne réalisent-elles pas cliniquement ce qu'on n'ose pas réaliser expérimentalement ?

Or, il est une notion admise que dans ces conditions la distension génitale se fait de bas en haut, et que l'hématométrie s'accompagne exceptionnellement d'hématosalpinx. Autrement dit, un sphincter normal n'est pas forcé par la pression de l'hématométrie pendant les règles.

Est-ce parce que la pression de l'hémorragie utérine n'est pas assez élevée ?

Toujours est-il que dans les cas de Fordyce (hématométrie et hémopéritonie) et de Griffith (hématométrie et double hématosalpinx) ces auteurs

avaient eux-mêmes pensé à une altération sphinctérienne surajoutée à la malformation génitale.

En somme, nous avons vu plus haut que le reflux sans obstacle avec un sphincter normal n'existe probablement pas. Nous voyons ici qu'un sphincter normal ne permet pas le reflux même en présence de l'obstacle vaginal ou cervical, même sous la pression de l'hématométrie.

Il faut donc, pour qu'un reflux ait lieu, qu'il y ait ou bien une pression assez forte — ce qui n'est réalisé qu'expérimentalement — ou bien une lésion sphinctérienne, ce que nous verrons plus loin.

2. — *Lésions nerveuses du sphincter.*

a) Une altération du système nerveux du sphincter tubaire peut survenir au cours des infections salpingiennes et péri-salpingiennes au même titre que l'altération de tous les autres tissus de cet organe.

Mais il est peu probable que ce phénomène à lui seul puisse occasionner le reflux. Dans ces conditions, il existe en effet, des lésions de la musculature de la trompe, qui, nous verrons plus loin, prennent une part plus importante dans le relâchement du sphincter.

b) La *Salpingectomy*, comme elle est pratiquée habituellement, c'est-à-dire, ligature et section de l'extrémité utérine de la trompe, en laissant en place la portion interstitielle, surtout quand elle

est pratiquée pour une lésion septique, est, nous avons vu, la cause essentielle de la formation d'une fistule infectieuse.

Est-elle aussi en cause dans le phénomène du reflux sanguin ?

On a pensé que la section du ligament infundibulo-pelvien, en détruisant une grande partie du système nerveux tubaire, peut occasionner le reflux (Maliphant).

Mais que d'interventions sur les ovaires et les trompes, que de sections du ligament infundibulo-ovarien, que de sections entre deux ligatures de la trompe pour éviter une grossesse ultérieure qui ne se compliquent jamais ni de fistule, ni de reflux.

Douay a même sectionné une trompe sans ligature à 1 cm. de l'utérus, afin de conserver une chance de fécondation ultérieure et a revu sa malade très bien portante deux ans après (Obs. III).

Donc la section des nerfs de la trompe ne paraît pas jouer un rôle considérable dans le déterminisme du reflux.

3. — *L'insuffisance hormonale.*

Dans plusieurs cas d'hypoménorrhée et d'aménorrhée hypohormonale, le Docteur Palmer a, par l'insufflation utéro-tubaire et par la salpingographie, pu déterminer l'existence d'un passage tubaire à une pression très basse, 2-3 cm. de Mercure.

Mais en général une hypotonie utérine (à 2 ou 3 cm. de mercure) s'associe à cette hypotonie tu-

baire, et d'ailleurs, ces hypoménorrhéiques n'ont aucun phénomène pouvant faire penser à un reflux tubaire.

4. — *Reflux par lésions sphinctériennes.*

a) *Théoriquement.* Nous avons vu qu'il est logique de penser qu'une lésion de la musculature tubaire puisse provoquer une incontinence sphinctérienne et prédisposer au reflux.

Une infection qui atteint la muqueuse de la trompe et les tissus périsalpingiens ne peut-elle pas atteindre la musculuse et le sphincter tubaire ?

b) *Cliniquement.* Nous ne pouvons emprunter à la clinique que de faibles arguments en faveur du reflux par lésion sphinctérienne.

Maliphant a signalé la fréquente coexistence des salpingites chroniques et d'endométriase ovarienne.

On ne comprend cette association que si on admet la lésion du sphincter par l'infection chronique et par suite l'incontinence de ce sphincter.

Remarquons que la théorie de Sampson sur l'endométriase tubaire est basée sur le même phénomène.

Nous avons vu que les fistules menstruelles sont toujours consécutives à une infection tubaire.

c) *Expérimentalement.* — Quels arguments pouvons-nous tirer des épreuves complémentaires H. S. G. et insufflation tubaire, en faveur du reflux par lésions sphinctériennes ?

En apparence aucun, puisque ces épreuves sont impossibles à pratiquer au moment des règles.

Cependant, s'il est certain que de l'état physiologique du sphincter tubaire en dehors des règles on ne peut tirer aucune conclusion quant au comportement de ce sphincter pendant les règles, il n'en est pas de même, croyons-nous, de l'état pathologique de cet organe.

En effet, si pendant une période interménstruelle, les épreuves complémentaires montrent un état pathologique du sphincter tel que sténose, ou au contraire perméabilité exagérée, ou enfin sténose lâche avec incontinence, il n'y a pas de raison pour que, pendant les règles, cet état se modifie dans le sens de l'amélioration au point de faire disparaître cet état pathologique.

Donc d'un état morbide du sphincter tubaire en dehors des règles on peut tirer des conclusions probantes quant à l'état de cet organe pendant les règles.

L'insufflation avec l'étude des pressions minima nécessaires pour le passage chez les malades ayant une lésion salpingienne est à ce point de vue très utile.

Mais ici comme ailleurs, on se heurte à une grande difficulté. On sait en effet qu'au moindre doute d'infection utéro-salpingienne, on doit s'abstenir d'insuffler. C'est pourquoi les observations de ce genre sont rares, et dans les quelques cas où, en présence d'une lésion salpingienne, l'insufflation a

été tentée, une intervention prochaine a été en vue. Tel est par exemple le cas de notre observation I.

Dans cette observation, qui figure en détail à la fin de ce travail, M. le Docteur Palmer a pratiqué chez une malade, ayant subi antérieurement une double salpingectomie pour annexite (par la méthode habituelle sans évidemment de la corne), et ayant présenté dans la suite une fistule menstruelle gauche, une insufflation kymographique avant une réintervention pour la fistule. M. Palmer a constaté en période d'admission gazeuse, une courbe de sténose très lâche, s'infléchissant aux environs de 65 mm. de mercure. Quand on coupe l'admission gazeuse, la pression s'abaisse lentement jusqu'au voisinage de 0 en dessinant une sorte d'hyperbole. Donc, sténose lâche avec incontinence (Fig. 9).

Voici une autre observation qui, quoique incomplète parce que la malade s'est dérobée à un examen pendant les règles, donne des renseignements très utiles sur l'action de l'infection salpingienne sur l'incontinence sphinctérienne.

OBSERVATION. — Lang..., 38 ans, femme mariée depuis 1927, ayant eu une salpingite en 1934, vient en juin 1937 pour : hypoménorrhée (1 à 2 jours), dysménorrhée, douleurs intermenstruelles, stérilité.

1^{er} examen. — 17 Juin : col cône, pas de sécrétions cervicales.

2° *examen*. — 25 Juin : pas de lésions annexielles, utérus hypotonique.

1° *insufflation*. — 25 Juin : douleurs vives à gauche, passage discret à droite.

Une hystérogaphie en Juillet après 10 séances d'ondes courtes, montre :

1° Spasmes isthmiques à 8 cm.

2° Tonus utérin, 7 cm.

3° Passage à 15 cm.

2° *insufflation*. — 8 Octobre. Courbe d'obstruction. Douleurs à gauche.

3° *insufflation*. — 5 Novembre. Passage discret jusqu'à 1.50. Débouchage à cette pression. Ensuite, courbe de sténose très lâche, infléchie à 0.45 et quand on coupe l'admission, descente lente de la courbe jusqu'à 0, signe d'incontinence.

4° *insufflation*. — 3 Décembre 1937. Courbe nette de sténose avec incontinence.

Dans cette observation, le reflux utéro-tubaire se manifeste cliniquement par la dysménorrhée, à l'insufflation tubaire par la courbe d'incontinence tubaire.

En somme, le reflux pathologique utéro-tubaire est chose possible. Sa cause principale serait une infection salpingienne aiguë ou chronique, évidente ou latente.

Le principe du reflux étant admis, on s'expliquerait aisément :

1) L'origine du sang des fistules menstruelles, sujet de notre étude ;

2) L'origine de certaines hémopéritonées ;

3) Le fait indéniable que certains chirurgiens opérant des malades non loin de leurs règles ont vu du sang dans le péritoine ou du sang instiller par le pavillon tubaire ;

4) Un certain nombre de dysménorrhées, dont la cause échappe cliniquement ;

5) Les phénomènes péritonéaux que certaines femmes présentent au moment de leurs règles ;

6) Enfin la théorie de Sampson sur l'endométriose de la trompe et de l'ovaire.

TRAITEMENT

Nous insisterons très peu sur le traitement curatif des fistules menstruelles qui ne présente aucune difficulté spéciale et qui a été pratiqué et décrit par de nombreux auteurs.

Nous avons plus pour but d'étudier le traitement préventif de cette affection, c'est-à-dire d'insister sur quelques détails de technique des salpingectomies qui sera en même temps le traitement préventif de nombreuses autres complications post-opératoires.

TRAITEMENT CURATIF

Une fistule menstruelle est, nous l'avons vu, souvent peu gênante, mais nous avons vu aussi qu'elle n'a aucune tendance à la disparition spontanée. Il faut donc la traiter.

Différents moyens ont été proposés et décrits :

- Dilatation du col ;
- Dilatation de la fistule ;
- Cautérisation ;
- Injections modificatrices.

Mais aucun de ces moyens n'est très satisfaisant. Tous ont connu des échecs, très peu ont eu

des succès. Le seul traitement logique est le traitement chirurgical.

S'agit-il d'une fistule sur une trompe infectée, la salpingectomie seule en viendra à bout.

S'agit-il d'une fistule post-opératoire après une salpingectomie partielle, l'excision complète de la fistule peut seule guérir la complication. Un point important dans cette intervention est l'excision en cône de la corne utérine, point de départ de la fistule. La fermeture de la brèche utérine et la péritonisation n'ont rien de spécial à cette technique, nous le verrons plus loin.

Il est cependant nécessaire d'insister sur le caractère délicat de ces interventions, le trajet coïtoyant des organes dangereux, vessie et vaisseaux iliaques externes. Il est donc important de connaître le trajet (par une hystérographie lipiodolée), et si possible de placer un catheter qui guidera pendant l'intervention.

TRAITEMENT PRÉVENTIF OU SALPINGECTOMIE TOTALE

La majorité des chirurgiens se contentent au moment de la section de l'extrémité utérine de la trompe au cours d'une salpingectomie, de poser une ligature près de la corne utérine et de sectionner la trompe, laissant ainsi en place la portion interstielle de l'organe.

Si l'intervention conservatrice est faite pour une lésion aseptique de la trompe ou de l'ovaire, et que par ailleurs, on ait intérêt à terminer l'intervention au plus tôt — grossesse extra-utérine, avec inondation péritonéale par exemple — cette attitude se comprend très bien.

Mais il est évident que dans les cas de salpingites plus ou moins graves, dans les cas de pyosalpinx ou d'abcès pelvien étendus à la trompe, il est illogique et peut-être dangereux de laisser en place une portion de muqueuse tubaire infectée, source de nombreuses complications post-opératoires.

Deux ordres d'accidents, dit en effet M. le Professeur Mocquot, peuvent apparaître après la salpingectomie partielle.

1° Ceux dus à la conservation de la perméabilité du moignon tubaire. « Il reste un canal qui met en communication la cavité utérine et la cavité péritonéale ». Les cas de grossesses développées dans l'utérus sans trompe en sont la preuve. On en a vu plusieurs dans la littérature.

Mieux encore, il existe des cas de grossesse extra-utérine récidivée dans le moignon tubaire restant. On a même vu des cas de grossesse extra-utérine récidivée dans un moignon de trompe, pendant que l'autre trompe était laissée intacte.

2° Accidents infectieux qui sont plus fréquents. A partir de simples adhérences épiploïques jusqu'aux péritonites post-opératoires graves, en pas-

sant par une série d'accidents infectieux intermédiaires, tels les abcès, telles les fistules infectieuses simples ou les fistules menstruelles. Tous ces accidents sont plus fréquents et plus à craindre quand il s'agit de salpingectomie pour lésions tuberculeuses.

Il est donc logique et désirable, pour éviter l'une quelconque de ces complications post-opératoires, d'enlever ou de détruire au cours d'une salpingectomie, en particulier dans les salpingectomies pour lésions septiques, la portion interstitielle de la trompe. Les lésions tuberculeuses de la trompe exigent encore plus particulièrement cette technique.

Deux méthodes sont employées par M. le Professeur Mocquot :

1° L'évidement circulaire ou cunéiforme de la corne utérine enlevant la trompe interstitielle. C'est la seule conduite à tenir quand il y a un nodule inflammatoire palpable.

Cette méthode présente deux inconvénients :

- a) Elle prolonge un peu l'intervention ;
- b) La section de la corne utérine saigne et l'hémostase en est difficile.

Mais d'une part, le petit prolongement de l'intervention est peu de chose devant les avantages énormes qu'on tire de cette technique, d'autre part,

l'hémostase peut être réalisée de façon satisfaisante en procédant de la manière suivante :

1) Section première de la portion isthmique de la trompe entre deux pinces de Kocher (Fig. 1).

2) Section entre deux ligatures de la petite artère sous-tubaire (Fig. 2).

3) Salpingectomie rétrograde de la partie externe (Fig. 3).

4) Hémostase de la corne utérine par un point amarré dans le bord utérin et lié sous l'origine de la trompe, en veillant à respecter l'irrigation de l'ovaire (Fig. 4).

5) Evidement circulaire de la corne au bistouri (Fig. 5).

6) Suture-hémostase par 2-4 points totaux au catgut fermant la corne (Fig. 6).

2° Cautérisation de la muqueuse de la portion interstitielle de la trompe au galvano-cautère.

Quelle que soit la technique employée pour se débarrasser de la portion interstitielle de la trompe, elle doit être complétée par les deux points suivants, dont l'importance n'échappe à personne :

— Fermeture de la brèche utérine aux fils résorbables ;

— La péritonisation de la suture utérine, que M. le Professeur Mocquot et certains autres chirur-

giens réalisent en rabattant le ligament rond en arrière, par dessus la suture utérine et en le suturant à la face postérieure de la corne utérine ou même de l'utérus, et parfois au ligament utéro-ovarien (Fig. 7).

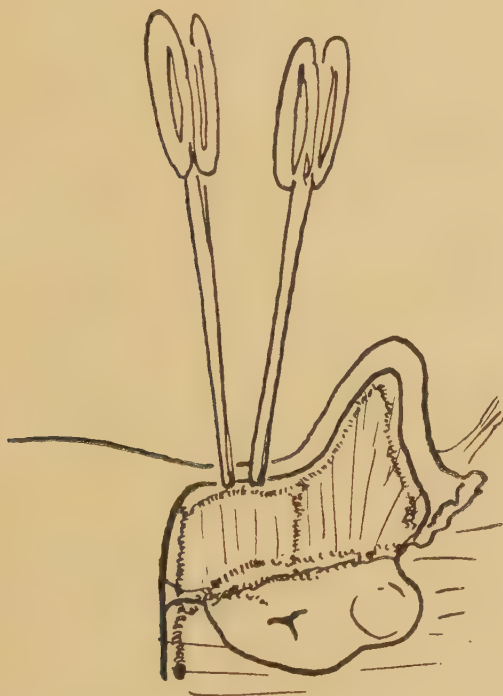


FIG. I

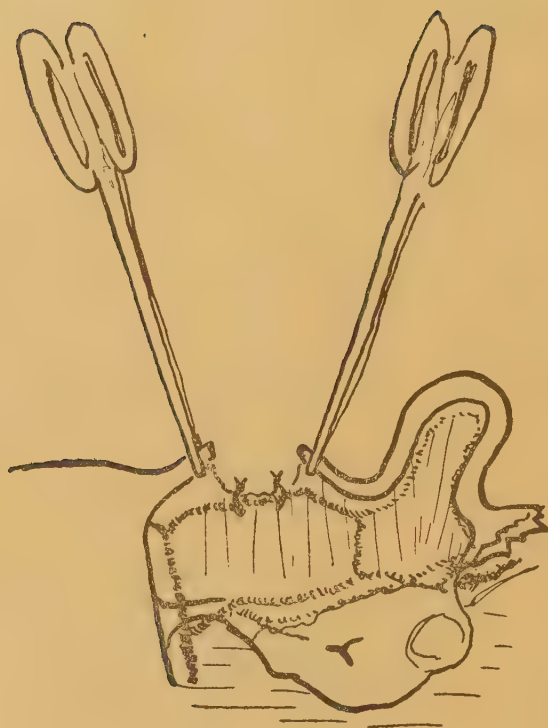


FIG. 2

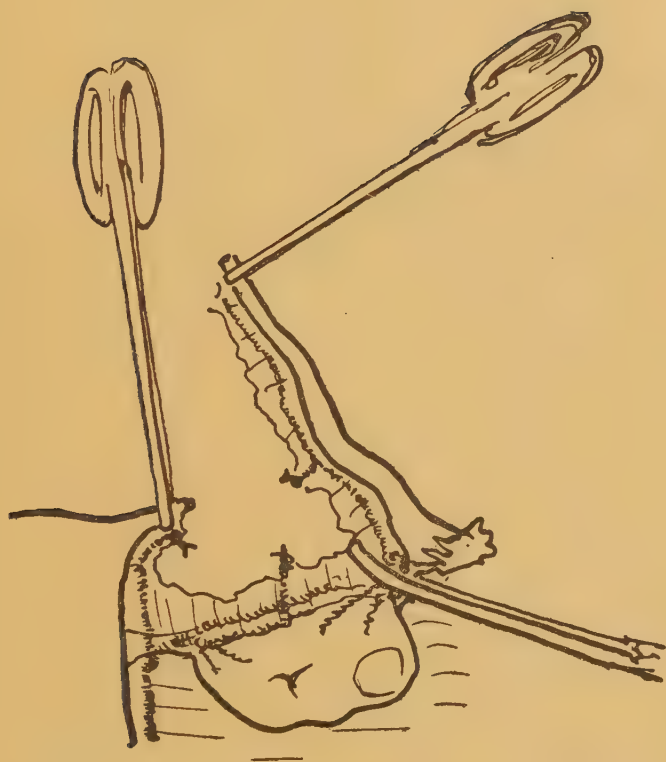


FIG. 3

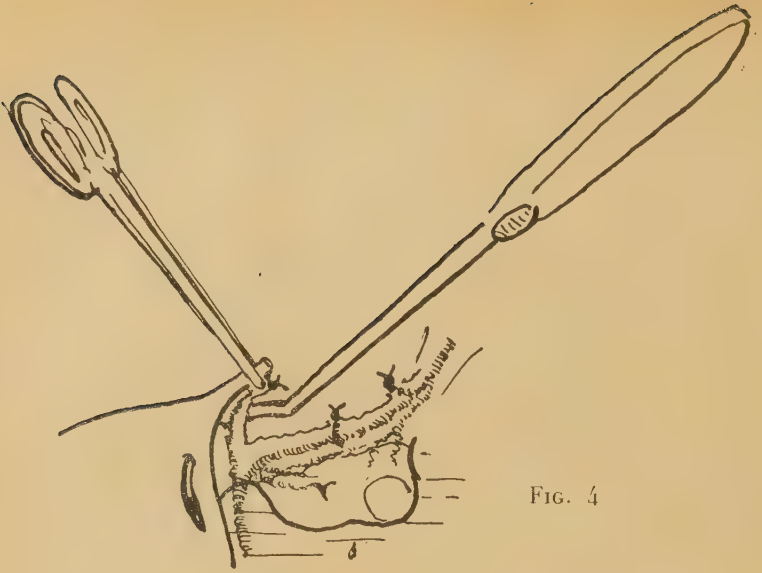


FIG. 4

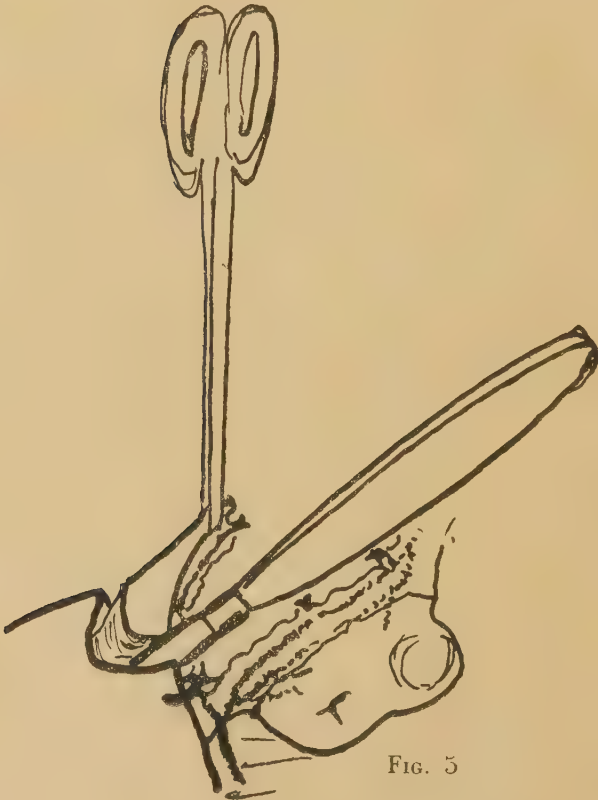


FIG. 5



FIG. 6

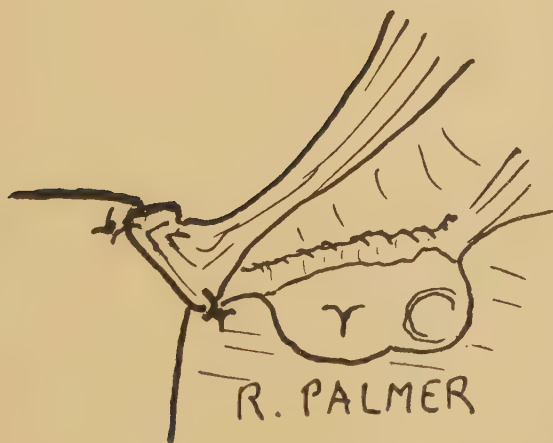


FIG. 7

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Fistule menstruelle apparue dix-huit mois après une salpingectomie, et pour laquelle une hystéro-salpingographie et une insufflation utéro-tubaire ont permis de recueillir des documents intéressants sur la physio-pathologie de cette affection.

Mme H..., 25 ans, vient consulter la première fois à Broca, le 16 Décembre 1935 pour des douleurs dans le bas-ventre et les reins, pertes jaunes verdâtres fétides empesant le linge, et petites métrorragies entre les règles depuis 3 mois. Elle a eu un enfant en 1928, une fausse-couche en Avril 1935. A l'examen, col exulcéré et saignant, rétroversion fixée avec vives douleurs aux tentatives de réduction.

La malade est hospitalisée et traitée médicalement pendant un mois.

Opération le 10 Janvier 1936 — M. Palmer — Incision de Pfannenstiel. Annexite bilatérale adhérente, Castration gauche. Salpingectomie droite ré-

trograde. Péritonisation-fixation à la Pestalozza : après avoir incisé le péritoine du cul de sac vésico-utérin, on le décolle jusqu'à ce qu'on ait créé une poche suffisante pour recevoir le corps utérin, à la face postérieure duquel on fixe le péritoine par trois points de fil de lin. Les trompes ont été sectionnées au voisinage de la corne utérine, sans évidemment de celle-ci, en laissant par conséquent la portion interstitielle. Paroi au catgut. Drainage filiforme sous l'aponévrose pendant 24 heures. Suites simples.

La malade revient en Novembre 1936 pour pertes jaunâtres et aussi métrorragies survenant 4-5 jours après la fin des règles et se prolongeant plus ou moins ; quelques douleurs hypogastriques à gauche. A l'examen, érosion métritique de la lèvre antérieure du col, douleurs à la mobilisation utérine. Elle est traitée par vaccination intra-cervicale, diathermie et électro-coagulation.

Elle revient enfin le 10 Septembre 1937, parce que depuis deux mois « une boule » est apparue à gauche au-dessus de sa cicatrice et a saigné pendant les règles du 31 Juillet et du 31 Août. A l'examen, on constate en effet à trois travers de doigt au-dessus et un peu en dehors de l'épine pubienne gauche, au-dessus de la cicatrice opératoire, une bosselure, grosse comme le bout de l'index, un peu violacée, avec un point cicatriciel au centre. On pense d'abord à un endométrrome de la cicatrice et on demande à la malade de venir se montrer pendant les règles suivantes.

Le 20 Septembre, on constate effectivement que, en même temps que l'écoulement vaginal, il y a par un minuscule pertuis au centre de la grosseur, écoulement d'un liquide rouge-brun incoagulable, ressemblant entièrement au sang menstruel qui s'écoule par le col utérin. Pour savoir s'il s'agit d'un endométrrome fistuleux ou d'une fistule utéro-cutanée, on décide de faire une hystérographie.

Hystérographie. — Le 29 Septembre 1937 (Pulsford et Palmer) avec l'extrémité de la sonde dans le canal cervical. Pendant toute l'hystérographie, la pression au manomètre sera aux environs de 10 cm de mercure, et on a l'impression que cette pression est due, au moins en partie, à l'hypertonie du sphincter de l'isthme, car à la radioscopie et sur les clichés, l'isthme est filiforme et même effacé sur quelques millimètres. Lorsqu'on a injecté 6 cc. de Lipiodol, celui-ci commence à apparaître au niveau de l'orifice hypogastrique. On a pris trois clichés : Un de face après injection de 1 cc. 1/2, un deuxième de face lors de l'apparition du lipiodol à la peau, enfin un cliché de trois-quarts en oblique antérieure droite. Ces clichés montrent, en plus de l'hypertonie isthmique déjà signalée, une cavité corporeale triangulaire d'apparence normale ; à droite : injection de la partie interstitielle de la trompe, et même une petite dilatation du moignon. A gauche : sur le cliché de face, l'apparence d'une trompe normale se dirigeant en dehors sur ses deux premiers tiers, en dedans sur son dernier tiers ; mais le cliché de

trois-quarts montre qu'il s'agit bien d'un trajet antéro-postérieur, à peu près rectiligne sur ce cliché, unissant la corne utérine à l'orifice cutané, et présentant deux dilatations modérées dans sa moitié externe (Fig. 8).



FIG. 8

On hésite à proposer une intervention pour un trouble en somme bénin. En effet, la malade ne souffre aucunement et par ailleurs se porte parfaitement bien.

On songe d'abord à pratiquer des injections sclérosantes dans le trajet, puis pensant que le spasme de l'isthme jouait un rôle dans le mécanisme de l'écoulement sanglant par la fistule, on fait le 15 Octobre une dilatation du col aux bougies de Douay que l'on pousse jusqu'au N° 25. A la suite, l'écoulement menstruel par la fistule est plutôt plus abondant que les fois précédentes (1^{er} au 21 Octobre).

La malade est montrée le 23 Novembre au professeur Mocquot. Les règles du 12 au 17 Novembre ont été douloureuses et se sont accompagnées d'é-

coulement menstruel par la fistule ; celle-ci laisse encore couler un peu de sérosité. A l'examen, l'utérus en antéverson paraît normal, mais une induration importante unit la corne gauche et la paroi. On pense à la nature tuberculeuse possible de la lésion, et, l'état général étant parfait et la lésion semblant très localisée, on décide d'intervenir.

Le 29 Novembre, une insufflation utéro-tubaire kymographique au débit de 30 cc. à la minute montre :

— En période d'admission, une courbe de sténose très lâche, s'infléchissant aux environs de 65 millimètres de mercure, puis descendant un peu sans oscillations.

— Quand on coupe l'admission gazeuse, la pression s'abaisse jusqu'au voisinage de zéro en dessinant une sorte d'hyperbole (Fig. 9).

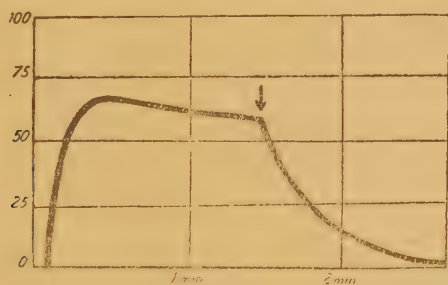


FIG. 9

Il y a donc sténose lâche avec incontinence, incontinence parce que, quand on coupe l'admission le gaz s'échappe jusqu'à ce que la pression soit zéro ; sténose, parce que cette évacuation se fait avec une

certaine lenteur, il y a enfin absence de toute oscillation.

Opération le 30 Novembre (M. Palmer). — Incision oblique latérale gauche, dédoublée au milieu pour circonscrire la fistule. Incision de l'aponévrose au-dessus de la fistule ; section entre deux ligatures des vaisseaux épigastriques ; réclinaison du grand droit en dedans ; incision du transverse et du péritoine ; libération de quelques adhérences épiploïques.

L'utérus est normal ; une induration épaisse comme l'index environ unit sous le péritoine la corne gauche à la fistule cutanée. Après avoir placé une sonde dans le trajet on dissèque celui-ci en s'efforçant de rester en dehors de la zone de sclérose. On ouvre au passage une cavité séreuse préligamentaire gauche ; on a rasé la face interne de la veine iliaque externe ; on évide la corne utérine, qu'on ferme par trois catguts et qu'on péritonise avec soin. Hémostase minutieuse ; fermeture du péritoine et des plans superficiels au catgut, sans drainage (Fig. 10).

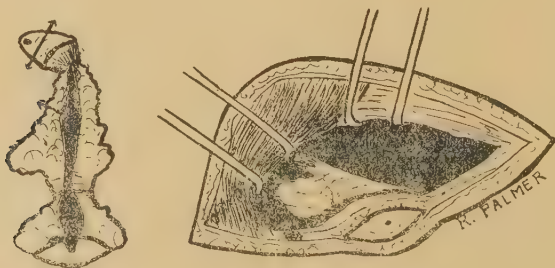


FIG. 10

Suites opératoires simples et apyrétiques ; réunion par primam ; les règles du 10 au 15 Décembre se sont passées sans incident.

Examen de la pièce. — On fend la pièce sur toute la longueur de sa partie extra-utérine ; l'intérieur est lisse, avec deux zones un peu dilatées. On fait deux prélèvements pour examen histologique ; un prélèvement transversal total, au niveau de la portion interstitielle de la trompe, un prélèvement transversal partiel au niveau de la première dilatation du trajet.

Examen histologique (M. Moricard). — 1° Trompe : la muqueuse tubaire présente une réaction inflammatoire chronique avec nombreux plasmocytes ; le reste de la paroi présente par place des nodules inflammatoires, mais sa structure n'est pas modifiée. 2° Trajet fistuleux : paroi conjonctive, présentant des signes d'inflammation chronique banale.

OBSERVATION N° 2

Fistule menstruelle survenant deux mois après une double salpingectomie pour salpingo-ovarite tuberculeuse bilatérale.

Mer..., 18 ans, consulte le 16.2.37 pour pertes blanches, douleurs dans le bas-ventre. Température à 39° ou 40°. Amaigrissement et dysurie.

Examen (Pr. Mocquot). Volumineuse tumeur pelvienne.

1^{er} Mars. *Diagnostic clinique*. — Salpingo-ovaire bilatérale probablement tuberculeuse, avec élévation progressive de la température faisant craindre l'ouverture d'un abcès.

1^{er} Mars. *Intervention*. — Après dédoublement de l'hymen, colpotomie postérieure. A droite on ne trouve rien, à gauche on ouvre une cavité contenant une masse caséeuse. Un drain.

20 Mars 1937. — Tuméfaction volumineuse et douloureuse persiste dans le Douglas.

15 Avril. — Le pus coule en abondance dans le vagin. Colpotomie fistuleuse.

T. R. — Une volumineuse masse annexielle à gauche et une à droite. On décide une intervention en 2 temps.

1^{er} Temps, 23 Avril 1937. — Laparotomie courbe sus-pubienne.

Diagnostic opératoire. — De chaque côté, en arrière de l'utérus, il existe une volumineuse masse annexielle formée par les trompes épaissies et distendues.

A droite l'ovaire est perdu dans la masse. A gauche il en est assez indépendant et paraît peu altéré.

Après avoir isolé les adhérences autant que pos-

sible, on dépose trois lames de caoutchouc en arrière et deux en avant et on laisse entre elles deux grosses compresses de gaze. Fermeture partielle de l'incision pariétale.

26 Avril 1937. 2° temps. — Dissection et extirpation au bistouri électrique des annexes droites. L'ovaire est englobé dans la paroi de l'abcès tubaire.

Même opération à gauche. On conserve une partie de l'ovaire gauche.

Nettoyage du petit bassin des débris fongueux qui restent autour de l'orifice de colpotomie.

Hémostase, thermo-cautérisation des bords de l'orifice vaginal.

Deux lames de caoutchouc en arrière, une en avant, deux mèches au milieu. Suture partielle de la plaie.

Examen histologique. — Salpingite tuberculeuse et caséeuse.

Suites : Immédiates satisfaisantes.

Plus tard : la malade revient le 12 Juillet avec une *fistule menstruelle* siégeant sur la cicatrice, donnant à chaque menstruation quelques gouttes de sang sans nullement la gêner.

Cette fistule persiste jusqu'en Février 1938.

La malade refuse une hystérographie et on la perd de vue.

OBSERVATION N° 3

*Observation de Mlle L..., due à l'obligeance
de M. le Docteur Douay*

*Fistule menstruelle après laparotomie pour abcès
annexiel*

Malade âgée de 20 ans ayant eu à l'âge de 9 ans une ascite tuberculeuse suivie de climatisme marin et amélioration, est vue en Juillet 1928 pour un état fébrile et un point appendiculaire.

Opération d'appendicectomie. On remarque des granulations tuberculeuses sur le péritoine.

Suites opératoires très graves, ayant nécessité une laparotomie d'urgence, pour réaction péritonéale mal définie. On constate un volumineux abcès englobant l'annexe droite. On se contente d'évacuer le pus et de drainer par drain et mèche.

Cicatrisation lente, avec persistance d'une petite fistule, qui se rétracte peu à peu.

Les règles ne reviennent qu'un an après l'opération. A partir de ce moment, on remarque à chaque période menstruelle, qu'un peu de sang apparaît à la fistule (1929-1930).

Le 6 Octobre 1932 (Examen du Docteur Douay) après un temps d'arrêt, la fistule saigne de nouveau depuis 3 mois. Mauvaise cicatrice médiane, allant

du pubis jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cicatrice déprimée, plissée, ayant 4-5 cm. de large. Dans l'effort, il n'y a pas à proprement parler d'éventration, mais cette région est très faible. Dans un des plis supérieurs et droits, on reconnaît l'orifice de la fistule avec une petite induration sous-jacente. C'est par cet orifice que sort le sang au moment des règles. Le toucher rectal (hymen infranchissable) montre : l'utérus immobile, médian ; des masses annexielles bilatérales plus volumineuses à gauche qu'à droite.

Le diagnostic du Docteur Douay est endométriose de la cicatrice abdominale. Il est nécessaire de procéder à son ablation et de refaire une bonne paroi. En même temps, on pourra vérifier l'état des deux annexes et du péritoine.

Revue le 2 Octobre 1932. Il ne s'est pas produit depuis deux mois, de pertes de sang par la cicatrice. Les règles ont été moins abondantes. Etat général bon. Les annexes sont plutôt un peu moins volumineuses.

Opération le 3 Décembre 1932.

Section de la peau à la limite de la cicatrice jusqu'à l'aponévrose abdominale. Dissection et incision de l'aponévrose au contact de la cicatrice.

Ouverture du péritoine. On voit quelques adhérences et un épaissement correspondant à la fistule se dirigeant vers la gauche derrière la paroi abdominale. On voit la trompe droite fixée à la paroi

à cet endroit. La partie qui va à l'utérus est saine, la partie qui va à l'ovaire est renflée, irrégulière, noueuse.

Pour mettre la valve de Doyen, il faut libérer les adhérences et enlever le trajet fistuleux jusqu'à la trompe. Il s'écoule du sang noir filant.

La valve enfin placée, la trompe droite est libérée de l'ovaire qui paraît sain et enlevée par section de l'utérus, sans ligature, pour garder la perméabilité tubaire. Hémostase délicate. Rapprochement de l'ovaire du moignon tubaire, qui prend naturellement sa place au dessous et en dedans de l'ovaire.

A gauche, libération des annexes adhérentes. On voit la trompe renflée complètement fermée. Il s'agit d'un hydrosalpinx. Ouverture de la poche et mise de quatre points pour faire une salpingostomie large.

Du liquide louche s'écoule de la trompe, mais la paroi tubaire ne paraît pas envahie par la tuberculose. Aussi est-il logique de conserver cette annexe en vue d'une fécondation ultérieure.

Un drain. Fermeture en 3 plans. Un surjet sur la graisse.

Suites très favorables. Revue en très bon état en 1935. Se marie en 1936. Très bien réglée. Pas de grossesse encore.

Histologie. — Tuberculose typique en voie de caséification dans les deux fragments (Professeur Champy).

OBSERVATION N° 4

Observation communiquée par M. le Docteur Brette, Chirurgien de l'Hôpital de Sidi-Abdallah (Tunisie) par l'intermédiaire de M. le Docteur Douay.

Eviscération tardive de la trompe gauche dans une cicatrice de laparotomie, pour grossesse ectopique à droite, ayant nécessité un Mickulicz.

Malade de 26 ans, ayant eu 4 enfants, subit en Mai 1935, un curetage pour avortement. Mais les pertes persistent. Il s'agit en réalité d'une grossesse ectopique opérée le 23 Mai 1935.

A l'intervention on trouve, en effet, une sérosité hématique dans le péritoine. On fait le diagnostic de grossesse tubaire droite non rompue, mais adhérente.

Résection des annexes droites. Annexes gauches normales. Mickulicz.

Ablation tardive du Mickulicz.

Serrage des fils le dix-huitième jour pour fermer la plaie.

Mais plus tard on s'aperçoit de l'apparition du sang des règles au niveau d'une fistule persistante de la cicatrice.

On explique cet état par le fait que les tractions

imprimées au Mickulicz au moment de son ablation, ont attiré le pavillon de la trompe gauche à la partie inférieure de la cicatrice.

La biopsie montre en effet, qu'il s'agit des franges tubaires qui, d'après le Docteur Brette, saignent à chaque menstruation.

Réintervention le 28 Octobre. Libération de la trompe et de l'ovaire. Résection du tiers externe de la trompe et fermeture de la paroi. Guérison.

Commentaires

D'après le Docteur Brette, l'hémorragie menstruelle provient des franges tubaires.

D'après M. le Docteur Douay, le sang vient du canal tubaire et probablement de l'utérus.

CONCLUSIONS

Les fistules menstruelles utéro-tubo-pariétales sont pratiquement toujours post-opératoires, mais peuvent apparaître de façon immédiate, précoce ou tardive.

On trouve dans tous les cas, des lésions inflammatoires persistantes de la trompe ou du moignon tubaire conservé ; la tuberculose est souvent en cause, mais non toujours.

Le mécanisme habituel de l'écoulement sanguin est le reflux du sang menstruel utérin. Nous apportons une observation où l'hystéro-salpingographie et l'insufflation utéro-tubaire permettent de préciser les conditions de ce reflux.

Nous avons à cette occasion recherché si le reflux sanguin utéro-tubaire existait dans d'autres circonstances physiologiques ou pathologiques.

Enfin, nous avons étudié la manière d'éviter cette complication de la salpingectomie ainsi que les autres complications de cette intervention. Nous avons exposé la technique suivie par le Professeur Mocquot.

— soit : si la trompe interstitielle paraît saine, galvano-cautérisation simple ;

— soit : s'il existe un nodule susceptible de provoquer des douleurs persistantes, évidemment circulaire de la corne.

Nous avons précisé la manière de réaliser l'hémostase préalable de la corne et la péritonisation.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREWS RUSSEL. — Journ. of Obs. and Gyn. of Brit. Empire. June 1911, p. 521.

ARMAND. — Trait. Cons. des salpingo-ovarites. Thèse Lyon 1911.

BAISCH. — Trait. de la Tuberculose génitale. Sem. Méd. 10 Mai 1908.

BALLIN (Max). — Fistules menstruelles. Surg. and Gyn. 1928. T. 46, p. 525.

BAUMANN. — Les hémopéritoines génitaux non gravidiques. Thèse, Paris, 1934.

BAZY. — Hémorragies de la trompe non gravide. Rev. de Gyn. et Chir. abd. 1910, T. 15, p. 1.

BECLÈRE (Cl.). — La perméabilité et les obturations tubaires. Stérilité, Chir. tubaire, 1929 (Masson).

BERNUTZ. — Arch. Gén. de Méd., Juin 1848, N^{os} 17 et 18.

BOND. — British Med. Journ. June 1898, p. 1441.

BONNET. — Les interventions chirurgicales dans la stérilité. Gaz. Méd. France, Mars 1932, p. 162.

BOUZOL. — Lyon Méd. 1884, T. 47, p. 513.

- BRADY. — *Fist. ut. Par.* Bull. of School of Univ. of Maryland, 1930, T. 15, p. 73.
- BRAINE. — *The Brit. Med. Journ.* N° 3617, Mai 1930.
- CARAVEN. — *Hématocèle pelvienne.* Presse Méd. 1910, N° 66, p. 628.
- CHAPIN MENARD. — *N. Y. Med. Journ.* 1888, p. 468.
- CHAUFFON. — *Tuberculose annexielle.* Thèse Paris 1905.
- CHOME et PETIT. — *Ency. Méd. Chir. Gyn.*, T. I, p. 441.
- COCHARD. — *Fist. hémorragiques cataméniales.* Thèse Bordeaux, 1933.
- COTTE. — *Troubles fonct. de l'app. génital de la femme.*
- COUVELAIRE. — *Introd. à la chir. Obst.* 1913.
- CULLEN. — *Tuberculose des Org. Pelviens.* The Canada Lancet, 1903.
- CULLINGWORTH. — *St. Thomas' Hospital Report*, 1893. Vol. 21, p. 23.
- CZYZEWICZ. — *Sur la menstruation tubaire.* Journ. de Chir., 1908, p. 299.
- DAVIS et CRON. — *The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.* 1926, T. XII, p. 526.
- DE ROUVILLE et MOCQUOT. — 35° *Cong. Français de Chir.* Paris 1926, p. 276.
- DEVRAIGNE, BANZET et MEYER. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* 1930, p. 403.
- DOUAY. — *La stérilité d'origine tubaire.* Gyn. et Obst., T. XVI, N° 2, 1927.
- *Gynécologie*, 1933.

DRIPS et DELLA. — Méd. Chir. North America, T. 12, p. 1577.

DUVERGEY. — Fist. Abd. Hémorr. Cataméniale. Gaz. Hebd. des Sciences Méd. N° 2, Janv. 1933.

FORGUE et MASSABUAU. — Nouveau Traité de Chir. T. 34, 1926.

FORDYCE. — Edimburg Med. Journ. 1912, T. IX, p. 123.

FRANCK. — Gyn. et Obst. Pathol., N. Y. 1931.

GOODALL. — Journ. Obst. et Gyn. 1934, 41, 78.

GRIFFITH. — Transactions of the Obs. Soc. of London, 1887, Vol. 29, p. 397.

HAMANT et ESCOUBES. — Fist. ut. Pariétale. Réunion Obs. et Gyn. Nancy, Avril 1937.

HARTMANN. — Gyn. Opératoire, 1933.

HOLLAND. — Rupture de Sect. Cés. au cours des Gros. ultérieures. Lancet 1920, p. 591.

HUREAU. — Fist. ut. Pariétale. Consécutive à l'op. Cés. Thèse Montpellier 1918-19.

JAMIN et VIOLET. — Lyon Méd. 1904, T. II, p. 457.

JEANNENEY et LAPORTE. — Un cas de fistule abd. hémorragique cataméniale. Journ. de Méd. de Bordeaux, Mai 1932.

LEA. — Tuberculose des trompes de Fallope. North of England Obs. and Gyn. Soc. Mars 1905. Rev. de Gyn. 1905, p. 748.

LEBASTEUR. — Thèse, Paris 1901.

LEWIS C. MORRIS. — Interv. conservatrices. Am. Journ. of Obst. and diseases of Women, Déc. 1910. Revue de Gyn. Septembre 1911.

LOICQ. — Fistule utéro-pariétale consécutive à l'op. cés. Gyn. et Obst. 1922, p. 322.

MALARTIC. — Fistules hémorragiques cataméniales. Thèse Paris 1935.

MALIPHANT. — Fistules menstruelles. The Lancet, 1937, p. 1509.

MASSON et SIMON. — Amer. Journ. of Obst. and Gyn. 1928, T. 16, p. 682.

MÉRIEL. — Bull. Soc. Obs. et Gyn. 1925, p. 480.

MESA. — Semana Medica Buenos-Ayres, 1929, T. I, p. 23.

MOCQUOT. — Tuberculose génitale. Prat. Méd. Chir. T. I, p. 654.

MONTANA. — Les opérations conservatrices des annexes, Paris 1900.

NOVAK. — Menstruation and its disorders. N.Y. 1921.

NUVILLE. — Fistules utéro-par. après césarienne. Thèse, Toulouse 1910-11.

OLLIVIER. — Traité de la tuberculose annexielle. Thèse, Lyon 1911-12.

PALMER et PULSFORD. — A propos d'un cas de fistule menstruelle. Bull. Soc. Gyn. Paris, Janvier 1938.

- PATEL (Maurice). — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. Congrès Intern. de Rome, 1912.
- SAMPSON. — Endométriose. Am. Journ. Obst. and Gyn. 1926, T. XII, p. 459, et Am. Journ. Path. 1927, T. III, p. 93.
- SCHLINK. — Med. Journ. Aust. 1923, 2, 67.
- SNOECK. — Bull. de Soc. d'Obst. et Gyn. Paris 1926, p. 147.
- TISSIER. — Inf. des fils dans op. cés. Ann. de Soc. Obst. France 1909, p. 212.
- TORTORA et SANVITALE. — Rass. Obst. Gin. 1930, 39, 163.
- TOUPET et MARION. — Gynécologie. Tech. Chir.
- TROUSSEAU. — Hématocèle rétro-utérine cataméniale. Gaz. des Hôp. 1858.
- VANVERTS et PAUCOT. — Suture et Péritionisation dans Cés. conserv. Gyn. et Obst. 1920, T. I, p. 320.
- VILA. — Fist. Mens. Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1931, p. 673.
- VILLARD et LABRY. — De la salpingectomie rétrograde sous-séreuse. Gyn. et Obst. 1927, T. XV, p. 269.
- VIOLET et COTTE. — Lyon Méd. 1907, T. 108, p. 781.
- VOISIN. — Hématocèle rétro-utérine. Thèse, Paris 1858.

WELLS Spencer. — Diagn. et Trait. Chir. des Tumeurs abdominales.

WILLIAMS. — Grossesse abdominale après césarienne. Am. Journ. Obst. and Gyn. Chicago 1926, Vol. XII, N° 5.

WILLIAMS et REYNOLDS. — Brit. Méd. Journ. Avril 1925, N° 354, p. 691.

WIMPFHEIMER. — Amer. Journ. of Obst. and Gyn. 1937, T. 34, p. 146.

TABLE DES MATIÈRES

FISTULES MENSTRUELLES UTÉRO-TUBO-PARIÉTALES	13
Définition	13
Historique	15
Étiologie	19
Symptômes	26
Diagnostic	30
Évolution et pronostic	34
Pathogénie	36
PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Écoulement du sang par les fistules menstruelles. Son origine	39
MENSTRUATION TUBAIRE	42
REFLUX SANGUIN UTÉRO-TUBAIRE	45
Reflux physiologique	46
Reflux pathologique	50
TRAITEMENT	60
Traitement curatif	60
Traitement préventif ou salpingectomie totale	61
OBSERVATIONS	71
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87

